FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 74

ÉTUDE
SUR LES RÉCIDIVES
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUIN 1887

PAR

LOUIS SALLEBERT
AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE
Né le 12 Mai 1862, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure).

MM.

Noms des Examinateurs	DE FLEURY, Professeur,	*Président.*
	ORÉ, Professeur,	
	LANDE, Agrégé,	*Juges.*
	RONDOT, Agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91
—
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 74

ÉTUDE

SUR LES RÉCIDIVES

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 JUIN 1887

PAR

Louis SALLEBERT

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né le 12 Mai 1862, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure).

Noms des Examinateurs	MM.	
	De FLEURY, Professeur,	*Président.*
	ORÉ, Professeur,	*Juges.*
	LANDE, Agrégé,	
	RONDOT, Agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }
MICÉ..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	DUDON. BOURSIER. PILCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGES
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. N. | Maladies mentales... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR A. HUREL

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE FLEURY

INTRODUCTION

L'étude des récidives de la fièvre thyphoïde a, depuis longtemps déjà, été l'objet de plusieurs discussions et travaux qui ont eu pour résultat d'éclairer certains côtés de la question sans toutefois la résoudre complétement.

La difficulté réside surtout dans le nombre assez restreint d'observations recueillies jusqu'à ce jour. Au début, en effet, alors que la plupart des auteurs confondaient les mots *rechute* et *récidive* ou n'admettaient que le premier terme, les cas observés n'avaient qu'un rapport éloigné avec le sujet tel que nous l'envisageons aujourd'hui.

Il en fut de même ensuite, lorsqu'on donna au terme récidive le sens restreint de nouvelle évolution de la maladie pendant la convalescence ou pendant les premières semaines qui suivent la première atteinte.

Actuellement, on est à peu près d'accord pour donner au mot *récidive* la signification de nouvelle atteinte de la maladie, alors que la première affection peut être considérée comme parfaitement guérie, c'est-à-dire plusieurs mois ou plusieurs années après la première atteinte, et l'on admet

l'existence de ces récidives. Mais, nous le répétons, les cas observés sont encore assez rares, ou du moins ces cas ne sont accompagnés d'aucune observation détaillée.

On conçoit au surplus qu'il est souvent difficile d'obtenir des malades des renseignements précis sur leurs antécédents morbides, et surtout de contrôler ces renseignements lorsqu'il faut remonter à plusieurs mois ou à plusieurs années. D'autre part, le tableau clinique de la fièvre typhoïde est généralement si complet, que le médecin n'a guère à s'inquiéter de la possibilité d'une atteinte antérieure ; tout au plus, dans le cas d'un diagnostic douteux, songerait-il à l'immunité conférée presque toujours par une première atteinte et porterait-il son investigation de ce côté.

Notre collègue et ami le Dr Gervais ayant eu l'obligeance de nous communiquer trois observations de récidives de dothiénentérie recueillies par lui, nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avons consulté les ouvrages anciens et récents de pathologie et de clinique médicale, pour avoir l'opinion des principaux auteurs. Dans différentes publications et thèses, principalement dans la thèse du Dr Romiszowski-Devoucoux (Paris 1885), nous avons puisé les renseignements qui nous ont paru nécessaires.

Ce travail, comme l'indique le titre, ne sera qu'une étude de cette question si longtemps controversée, et sur laquelle nous n'avons pas la prétention d'avoir dit le dernier mot. Cette étude elle-même sera sans doute incomplète ; nous aurions voulu faire des recherches nouvelles et suivre avec soin les différentes épidémies de fièvre typhoïde que nous aurons certainement sous les yeux, soit dans les hôpitaux de

la marine, soit dans nos établissements des colonies où elles ne sont malheureusement pas rares, de façon à établir une sorte de statistique, ou tout au moins à recueillir des observations nouvelles sur un plus grand nombre de cas. Mais le peu de temps dont nous disposons, et l'obligation dans laquelle nous nous trouvons de terminer nos études médicales à un jour, nous dirions presque à une heure déterminée, ne nous ont pas permis de pousser plus loin nos recherches, et seront peut-être pour nous un titre à l'indulgence de nos juges.

Nous remercions bien sincèrement notre collègue et ami le Dr Gervais, qui a eu l'obligeance de mettre à notre disposition les trois observations inédites que nous reproduisons dans ce travail.

Nous prions aussi M. le professeur de Fleury de vouloir bien recevoir nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant, avec sa bienveillance habituelle, la présidence de notre thèse.

ETUDE

SUR LES

RÉCIDIVES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CHAPITRE PREMIER

De tout temps, la dothiénentérie a été considérée comme une des maladies infectieuses dont une première atteinte conférait le plus l'immunité. Grisolle, dans son *Traité de Pathologie interne,* dit, à ce sujet : « Il est aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde, semblable en cela à la rougeole, à la variole et à la scarlatine, n'affecte qu'une seule fois le même individu ; elle donne même une immunité plus complète que ces dernières maladies. Il est en effet infiniment plus rare de voir récidiver l'affection typhoïde que les diverses espèces de fièvres éruptives. »

Griesinger, dans son *Traité des Maladies infectieuses,* ne parle que des récidives survenant dans le cours de la convalescence.

En 1856, M. Barbeau, dans le service de M. Beau, à l'hôpital Cochin, classe la fièvre typhoïde avec les fièvres éruptives, qui ne récidivent pas ordinairement, et fait une distinction entre les mots *rechute* et *récidive*.

Il cite Chomel (*Clinique médicale,* 1834), qui déclare que la fièvre typhoïde n'affecte ordinairement qu'une seule fois le même individu, mais qu'il ne serait pas étonnant que l'on rencontrât aussi quelques exemples de récidives de l'affection typhoïde.

Louis parle d'immunité complète après une première atteinte (*Traité de la Fièvre typhoïde*, 1841).

Forget dit qu'il peut y avoir des exceptions, qu'il explique par la non destruction de quelques plaques de Peyer qui, plus tard, deviendraient malades.

Bouillaud, Gendron, Valleix ne connaissent pas de récidives de la dothiénentérie.

M. Barbeau cite encore plusieurs observations de Louis, de Forget, de Bouillaud, en faisant remarquer que ce sont plutôt des rechutes que des récidives, étant donné le court intervalle qui sépare les deux affections.

Dans le *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* de 1869, Lorain appelle l'attention sur les récidives de la fièvre typhoïde à court intervalle, récidives qu'il appelle fièvre doublée. Pour lui, ce sont deux fièvres typhoïdes accolées, distinctes, la deuxième apparaissant lorsque les lésions de la première ont complètement disparu. Dans le même Bulletin, M. Constantin Paul lit un mémoire dans lequel il discute la valeur du mot *rechute* pour bien le différencier de la *recrudescence*. Il parle aussi, mais sans y insister davantage, des récidives, soit immédiates, soit après un intervalle de plusieurs années : il a constaté lui-même, sur une jeune fille, un cas de récidive à trois ans de distance.

On voit, par ces citations, que nous aurions pu multiplier, sans grand intérêt, que jusqu'ici il n'est pas question d'établir une distinction bien tranchée entre les termes *rechute* et *récidive*. Chomel (1), le premier, leur donne des définitions distinctes : la *rechute* est la réapparition des phénomènes morbides d'une maladie donnée, alors que la convalescence n'est pas encore terminée; la *récidive* est la réapparition de ces phénomènes après un temps plus ou moins long, mais toujours après l'entier rétablissement du malade. Pour M. C. Paul, la rechute est une reproduction d'une partie des symptômes d'une maladie; la récidive est une nouvelle évolution, intégrale, complète, de la maladie tout entière, depuis son début jusqu'à sa terminaison. M. Perrin (Thèse, Paris, 1877) admet cette définition de M. C. Paul, et il ajoute : « La récidive survenant pendant la convalescence est vraisemblablement le résultat d'une nouvelle intoxication par le poison typhique, aussi bien que la récidive, qui se montre trois mois au moins après la fin de la première atteinte, c'est-à-dire lorsque la convalescence est entièrement terminée et que le malade est entièrement rétabli.

M. Hutinel (Thèse d'agrégation, 1883) définit ainsi les deux termes : « Dans la rechute, c'est la même infection typhique qui se manifeste à deux fois, qui s'effectue en deux actes. Dans la récidive, il y a une infection nouvelle. »

Ces définitions donnent déjà une idée plus nette de ces mots rechute et récidive. Elles ne nous semblent cependant pas encore assez précises et nous préférons celles que M. Jaccoud a données dans son *Traité de Pathologie interne,* à l'article *Rechutes et Récidives de la Dothiénentérie.*

Nous reproduisons en entier cet article, car il nous paraît résumer le mieux cette partie de la question, en faisant de

(1) Romizowski. Devoucoux (Thèse de Paris, 1885).

plus la distinction entre les mots *Reversion* et *Recrudescence* dont nous n'avions pas encore parlé jusqu'ici, et qui, au début, venaient ajouter la difficulté de leurs définitions à la confusion qui régnait déjà sur les autres termes :

« Dans la période de réparation, dit M. Jaccoud, alors qu'une amélioration notable est déjà certaine, ou bien dans le début de la convalescence, alors que la fièvre a cessé depuis plusieurs jours, la situation du malade peut être soudainement aggravée par le retour de quelques-uns des accidents des phases précédentes; cette aggravation, cette *recrudescence* est souvent causée par un écart de régime, par une fatigue, par le développement de quelque complication; ailleurs elle se montre sans cause appréciable, mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle n'est pas l'expression d'un second processus typhique, car, si le malade succombe, on trouve des lésions intestinales en réparation plus ou moins avancée, mais on ne constate aucune altération récente des glandes ni des ganglions. Il n'y a donc, dans ces cas-là, qu'une aggravation momentanée ou définitive, une recrudescence qui peut être provoquée par les causes les plus diverses; il n'y a pas une rechute. Ce mot, et son synonyme *Reversion*, doivent être réservés pour les cas plus rares, où la maladie se développe de nouveau, *ab ovo et in toto*, après un intervalle de convalescence qui ne laisse pas de doute sur la guérison parfaite de la première atteinte.

« La rechute ou Réversion débute de huit à trente jours après la terminaison du *cycle* fébrile ; elle ramène au complet, et dans leur ordre moral, tous les phénomènes de la fièvre typhoïde, y compris l'exanthème rosé et la tumeur de la rate ; mais l'intensité des accidents est généralement moindre que dans la première attaque, et la durée est plus courte, la chute définitive de la fièvre ayant lieu au milieu ou à la fin de la

seconde semaine. La guérison est la règle; quand la mort a lieu, elle est rarement amenée par une complication, elle résulte de la gravité des phénomènes intestinaux et de l'adynamie, plus souvent encore d'une hémorrhagie ou d'une perforation de l'intestin. A l'autopsie, on trouve, à côté des lésions réparées de la première attaque, les altérations récentes du deuxième processus. Ces rechutes, dont l'explication est encore à trouver, sont, en somme, assez rares; on peut ne pas en observer une seule durant plusieurs épidémies, puis, dans une autre, on en voit un nombre relativement assez grand.

« Dans la terminologie étrangère, le terme récidive est synonyme de rechute ou réversion (1). En France, on le réserve pour désigner la seconde attaque d'une maladie, séparée de la première par un intervalle de plusieurs mois ou de plusieurs années. Bien entendu, la récidive de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rare que la réversion; l'immunité résultant d'une première atteinte est plus solide même que celle des fièvres éruptives. »

M. Dieulafoy, dans son Manuel de Pathologie interne, dit également que les récidives ne doivent concerner que les cas survenant plusieurs mois ou plusieurs années après une première atteinte. Nous adoptons entièrement ces définitions, qui nous paraissent les plus convenables, et qui ont surtout l'avantage de rendre plus facile l'étude des récidives et des rechutes de la dothiénentérie, en établissant une distinction bien tranchée entre ces deux termes.

(1) Sauf en Espagne, où l'on s'exprime différemment : rechute, recaida, et récidive, *reincidencia* (Romizowski-Devaucour).

CHAPITRE II

Après avoir indiqué dans le précédent chapitre que nous regardions exclusivement comme récidives de la dothiénentérie les cas survenant plusieurs mois ou plusieurs années après la première atteinte, nous allons maintenant rechercher les faits rapportés dans les travaux qui ont paru jusqu'ici sur ce sujet; nous publierons, à la suite, nos observations accompagnées de quelques réflexions qui nous ont paru nécessaires.

Nous ferons remarquer que la plupart des cas signalés les plus anciennement ne sont pas accompagnés de détails caractéristiques sur la nature de l'affection et sont plutôt cités incidemment par les auteurs, mais il nous suffira de donner les noms de ces auteurs, pour qu'il nous soit permis d'accepter sans contrôle la parfaite authenticité de ces cas. Pour cette partie de notre travail, nous avons puisé de précieux renseignements dans la thèse de M. Romiszowski dont nous mentionnons plus loin les observations.

Michel parle de deux de ses collègues qui ont été atteints deux fois de la fièvre thyphoïde, à plusieurs années d'intervalle. Il a vu lui-même un adolescent être pris successivement en janvier 1848 et en août 1850.

Piedvache cite une jeune fille qui a eu une première atteinte de fièvre typhoïde en 1841, à l'âge de dix ans, et une seconde en juillet 1849.

Murchison dit que les récidives de la fièvre typhoïde sont plus communes qu'on le croit généralement, et qu'il en a observé quelques cas très authentiques; il ajoute que Bartlett en cite trois exemples après un intervalle d'un an, et que Budd en rapporte quatre.

Trousseau et M. C. Paul en rapportent également chacun deux exemples non douteux.

MM. Burquoy et J. Simon en ont aussi vu quelques cas.

Dans uue communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Session de Nancy, août 1886). M. Deshayes dit qu'il a eu l'occasion d'observer deux cas bien nets de récidives de la fièvre typhoïde.

M. Fernet cite quatre cas de récidives dans une même famille. Le Dr Franckel (de Berlin) en a observé aussi un cas sur lequel nous aurons à revenir, ainsi que sur ceux de MM. Deshayes et Fernet, au point de vue de la pathogénie et du pronostic de ces récidives.

Nous arrivons maintenant aux observations rapportées en entier dans la thèse de M. Romiszowski-Devoucoux. Nous croyons utile de donner un résumé rapide de chacune de ces observations qui sont les seules qui nous aient fourni des renseignements précis, et qui, rapprochées des nôtres, nous serviront pour la suite de notre travail et pour les conclusions à en tirer.

La *première observation* est celle de M. T..., étudiant, qui, à l'âge de quinze ans, à la suite de travaux intellectuels trop prolongés, a eu une fièvre typhoïde bien caractérisée, grave, qui le força à garder le lit pendant vingt-cinq jours, et dont la convalescence ne dura pas moins de trois mois. M. T...

habitait alors une ville de province. Trois ans après, à Paris, à la suite encore de nouvelles études et de fatigues intellectuelles, M. T... contracta une seconde atteinte de fièvre typhoïde dont les symptômes sont les suivants : malaise général, céphalalgie, fièvre ; bouche sèche, soif assez vive ; pas de ballonnement, ni de douleur de ventre ; au début, constipation, puis diarrhée abondante ; jamais de délire, un peu de prostration ; la marche de la température est caractéristique. La convalescence s'établit au dix-huitième jour et ne dure pas plus d'un mois.

Observation II. — Le nommé X..., âgé de vingt ans, a été soigné en 1882, à l'hôpital Laennec, pour une fièvre typhoïde. Deux ans après, il entre à l'hôpital de la Charité pour la même affection. État typhoïde accentué, prostration presque complète, courbe thermique caractéristique. Au bout de huit jours, le malade est emporté par une complication de myocardite, constatée à l'autopsie, en même temps que des lésions intestinales peu avancées.

L'*observation III* a trait à une fille de service âgée de vingt-et-un ans, née à Strasbourg. Cette fille était depuis quatre mois dans la salle Nélaton, lorsqu'au mois d'août 1884 elle entra dans cette salle comme malade. Deux ans auparavant, elle avait été soignée par M. Dieulafoy pour une fièvre typhoïde grave qui dura plus de deux mois. La convalescence fut très longue et compliquée d'un abcès rétro-maxillaire.

A sa seconde entrée à l'hôpital, cette femme déclare être souffrante depuis une douzaine de jours. Elle présente comme symptômes, de la céphalalgie, une courbature et un peu de prostration. La température dépasse 39°. Les jours suivants, un peu de délire, une épistaxis. La constipation est suivie d'une diarrhée persistante à la suite d'un purgatif.

Bientôt apparaissent quelques taches rosées lenticulaires

sur l'abdomen. La marche de la température est caractéristique. La défervescence est complète vers le seizième jour, la convalescence courte; la malade reprend son service au bout de trois semaines. L'abcès rétro-maxillaire s'est ouvert de nouveau.

L'auteur fait remarquer que la deuxième affection a été contractée après trois mois de séjour dans une salle qui a compté six à huit cas de dothiénentérie dans un mois, et dans laquelle étaient survenus coup sur coup quatre à cinq décès par cette affection.

Observation IV. — Le nommé B..., âgé de vingt-et-un ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 23 août 1884. En 1878, c'est-à-dire six ans auparavant, après un séjour d'un mois à Paris, cet homme fut pris d'une fièvre typhoïde grave qui le força à garder le lit pendant plusieurs semaines, et dont la convalescence dura plus de deux mois.

Au moment de sa deuxième affection, cet homme habite Paris depuis trois mois; il est malade depuis une dizaine de jours avec courbature, céphalalgie, perte d'appétit.

Il a eu plusieurs épistaxis; à l'entrée, le facies est prostré; vertiges, insomnie, agitation. Un peu de diarrhée, ventre ballonné, douloureux à la pression, gargouillements dans la fosse iliaque droite; langue sèche et rouge, soif vive. Tempé-rature le soir 40°. Quelques jours plus tard, on voit apparaître des taches rosées lenticulaires. Puis la défervescence commence dès le lendemain et l'apyrexie est complète une quinzaine de jours après le début de la maladie. Amaigrissement et faiblesse très notables.

A la suite de cette observation, M. Romizowski remarque que la deuxième affection, bien que n'étant pas douteuse, ne présente pas la marche habituelle de la dothiénenterie, surtout au point de vue de la température; la défervescence

ayant lieu presque brusquement au bout d'une dizaine de jours, on aurait affaire ici à une forme abortive, telle que l'a décrite M. le professeur Jaccoud.

Observation I.

(Communiquée par M. Gervais)

M. Ved..., au mois de mars 1855, âgé alors de dix-huit ans, habitait Albi avec sa famille lorsqu'éclata une épidémie violente de fièvre typhoïde. Sa mère en fut une des premières victimes et mourut au bout de quelques jours de maladie; son père fut assez sérieusement atteint; lui-même fut pris à son tour et resta alité pendant plus d'un mois, avec de la fièvre et de la céphalagie, de la prostration, de l'inappétence et une diarrhée abondante. La convalescence dura deux mois environ. M. Ved... ne se souvient pas d'avoir éprouvé d'autres symptômes, mais la coïncidence de l'épidémie qui sévissait sur la ville à ce moment, et les deux cas qui se sont produits dans sa famille, ne laissent aucun doute, à notre avis, sur la nature de son affection, dont le diagnostic fut du reste porté par le médecin qui le soignait.

Depuis lors et jusqu'au mois de février 1886, trente-et-un ans plus tard, la santé de M. V... fut excellente. A cette époque, il était conducteur de travaux à Nouméa et habitait la Nouvelle-Calédonie depuis trois ans, sans avoir jamais été malade.

Le 16 février, il entre à l'hôpital. Il est souffrant depuis une dizaine de jours, se plaint d'une grande fatigue, de courbature et de céphalagie. L'appétit est nul, la langue saburrale. Pas de ballonnement du ventre, ni de douleur dans la fosse iliaque droite, quelques coliques, un peu de constipation. La température s'élève à 38°9 le soir.

Le lendemain, l'état est le même, un peu de prostration; la température du matin est de 39°1, celle du soir, de 39°5.

Le 18 février, apparition de quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. La diarrhée a succédé à la constipation, elle est

assez légère, trois ou quatre selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Les jours suivants, jusqu'au 22 février, l'état du malade ne s'est guère modifié. La langue est sèche et rouge, l'anorexie complète, la diarrhée diminue.

Le 22 février, épistaxis et vomissements glaireux dans la nuit.

Du 23 au 26, on constate une amélioration progressive. La langue se nettoie, l'appétit revient un peu, la diarrhée a cessé. La température vespérale, quoique moins élevée, accuse encore de la fièvre.

Le 27, la température est normale. Quelques jours après, le malade sort de l'hôpital pour passer sa convalescence chez lui. Il est encore faible et a perdu douze kilos. La convalescence dure un mois, au bout duquel le rétablissement est complet.

Voici le tableau des températures du 16 au 27 février; les petits chiffres indiquent les températures du matin.

39 — 39.1 39.5 — 38.8 39 — 38.5 39 — 38.6 39. 2 — 38.8 39 — 38.6 39.1 — 37.7 38.4 — 38 38.3 — 37.6 38.2 — 37.5 37.5 — 37.2 37.5.

La maladie n'a duré qu'une quinzaine de jours environ. Elle semble avoir eu une évolution complète, nous y retrouvons en effet, aussi bien dans la marche de la température que dans les symptômes, l'aspect ordinaire de la fièvre typhoïde, mais avec une atténuation marquée dans l'ensemble de ces symptômes. Aussi, le diagnostic de fièvre typhoïde légère que l'on avait porté sur l'observation de ce malade, nous semble-t-il absolument justifié. La convalescence a été rapide et n'a été troublée par aucune complication.

Observation II

(Communiquée par M. Gervais).

M. Deg... était brigadier au 19e dragons, à Moulins, en 1878, lorsqu'il fit un séjour de plus d'un mois à l'hôpital de cette ville.

Il y fut soigné par un médecin militaire qui porta le diagnostic de fièvre typhoïde. A ce moment, plusieurs de ses camarades furent également atteints de cette affection.

Il resta alité pendant près d'un mois avec de la fièvre, de la céphalalgie, de l'anorexie. Il eut aussi du délire et de la diarrhée pendant plusieurs jours. La convalescence fut assez courte et depuis, M.Deg... a joui d'une santé parfaite.

En 1886, huit ans plus tard, M. Deg... était brigadier de gendarmerie à Nouméa. Il était en Nouvelle-Calédonie depuis deux ans et n'avait jamais été malade.

Le 5 juillet, il se présente à la visite. Depuis quelques jours, il ressent de la céphalalgie et un malaise général qu'il attribue à des fatigues éprouvées les jours précédents. La langue est saburale, anorexie complète, constipation. La température axillaire donne 38°4. Le malade est immédiatement alité.

Le 6 juillet, la température s'élève à 39°5 le soir. La nuit a été mauvaise ; deux selles sous l'influence d'un lavement émollient

Du 7 au 13, la température s'élève encore, elle atteint et dépasse même pendant deux jours 40 degrés. Agitation, délire, diarrhée assez abondante ; un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, pas de ballonnement du ventre. Vers le neuvième jour, apparition de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et la poitrine.

Les jours suivants, le malade est un peu plus calme, la température est moins élevée, mais elle ne descend pas au-dessous de 38° avant le dix-septième jour de la maladie, c'est-à-dire, vers le 21 juillet.

A ce moment l'amélioration est sensible et la convalescence s'établit. Elle ne sera troublée que par une légère complication du côté du foie, qui retient le malade encore un mois environ à l'hôpital. Au bout de ce temps le rétablissement est complet, les forces reviennent assez rapidement. Nous avons eu des nouvelles de M. Deg... Depuis sa rentrée en France, sa santé ne laisse rien à désirer.

Tableau des températures du 5 au 21 juillet :

38.4 — 38 39 — 38.5 39.3 — 39 39.8 — 39.2 40.1 — 39 40.2 — 38.8 39.2 — 38.5 39 — 38.2 39.2 — 38 39 — 38 38.8 — 38 38.8 — 38 39.2 — 38.4 39.2 — 37.5 38.2 — 37.8 38.5 — 37.5 37.6.

Dans cette observation, comme dans la précédente, nous croyons que le diagnostic de récidive de fièvre typhoïde n'est pas douteux. La marche de la maladie a été régulière, l'évolution complète. Il s'est produit pendant la convalescence une legère complication du côté du foie, mais il ne nous paraît pas impossible que ce symptôme ait évolué côte à côte avec l'affection typhoïde, chez un sujet qui habitait les colonies depuis deux ans. En tout cas, la guérison a été complète.

Observation III

(Communiquée par M. Gervais.)

En 1876, M. G..., âgé de seize ans, faisait ses études au collège de Précigné (Sarthe). Un jour du mois de mai, il ressentit un malaise et de la faiblesse générale. Le lendemain et les jours suivants, les symptômes augmentent d'intensité et s'accompagnent de céphalalgie, d'inappétence, d'insomnie et d'inaptitude au travail. La malade a aussi une épistaxis abondante. Il entre à l'infirmerie où l'on constate une fièvre assez vive et de la prostration.

Les jours suivants, abattement considérable, douleur vive dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre; à la suite d'un purgatif, la diarrhée succède à une constipation opiniâtre, le pouls est à 120.

Au bout de quelques jours, le ballonnement du ventre disparaît, mais le côté droit de l'abdomen est toujours sensible. La diarrhée persiste. Délire, agitation, langue rouge et sèche, soif intense. L'appétit est nul, l'amaigrissement rapide.

Douleurs thoraciques, la respiration est saccadée et pénible, on ne trouve cependant rien du côté des poumons, ni du cœur.

Le malade reste à peu près dans le même état jnsqu'au 18 juin; le vingt-quatrième jour de la maladie la fièvre cesse. La convalescence commence et l'appétit revient un peu. Les symptômes s'amendent, puis disparaissent complètement au bout de quinze jours. Mais la convalescence fut longue. Le malade conserva une anémie profonde avec des palpitations et de l'essoufflement au moindre effort. Sa croissance, retardée jusque là, se fit alors très rapidement et l'état d'anémie et de faiblesse se prolongea bien pendant deux ans.

Le médecin du collège ne jugea pas à propos de porter ouvertement le diagnostic de dothiénenterie, mais il le confirma depuis dans les renseignements qu'il donna à M. G... sur son affection.

En 1885, neuf ans plus tard, M. G... alors médecin de la marine, est désigné pour la Nouvelle-Calédonie et embarque le 6 juin sur le transport aviso *la Romanche*. L'aménagement de ce bâteau laisse beaucoup à désirer. Au départ, le mauvais temps oblige de tenir les hublats fermés et rend le pont et la dunette inaccessibles. Les quinze officiers et les cent passagers, matelots et soldats, restent dans le faux pont, bien peu échappent au mal de mer, ce qui contribue à augmenter la fétidité d'un air déjà trop confiné, qui se renouvelle à peine par un seul panneau à l'arrière.

Les vivres sont aussi d'assez mauvaise qualité, le pain mal cuit, l'eau à peine potable.

Le 16 juin, M. G..., qui s'est un peu fatigué dans la journée, en faisant une partie de chasse sur le lac Menzaleh, est pris, en rentrant à bord, d'une violente céphalalgie avec douleurs aux reins et à la nuque. La nuit est mauvaise, rêvasseries, position horizontale pénible dans la couchette.

Le 21, les symptômes continuent à augmenter. Appétit nul. Soif intense, langue saburrale, constipation. A cinq heures du soir, le malade est obligé de s'aliter, et prend sa température qui est à 39°.

Le lendemain, M. G... entre à l'hôpital du bord. Il y est plus confortablement installé que dans sa cabine, mais il souffre beaucoup des mouvements du bateau. Une selle abondante dans la soirée.

23 Juin. — Nuit mauvaise, diarrhée intense, la température monte à 38°8 le matin, 39°9 le soir. Apparition de taches rosées lenticulaires, c'est le huitième jour environ de la maladie.

24 Juin. — La température continue à s'élever et atteint 40°. M. G... est fixé sur son affection et se rend parfaitement compte de ce qui se passe autour de lui.

Du 24 au 28 l'état reste le même, la température reste élevée, mais on ne constate pas de phénomènes nerveux. Transpiration abondante, soif intense. La bouche est mauvaise, pas d'appétit; la diarrhée continue, sommeil à peu près nul.

28 Juin. — *La Romanche* arrive à Obock. On s'occupe aussitôt

de débarquer le malade, mais faute d'installation à terre, on l'embarque sur *le Brandon* pour le diriger sur Aden.

A Aden, M. G... n'est pas admis à l'hôpital militaire mais à celui des nègres et des étrangers. L'aménagement en est aussi défectueux que possible et contraire aux moindres principes de l'hygiène.

Le service médical de cet hôpital est confié à un médecin indien, mais sur la demande de M. G... un médecin anglais vient le voir, et après l'avoir examiné, lui confirme le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 30 et le 31 juin la température a un peu baissé et le malade prend quelques aliments. Il constate une légère amélioration de son état, la diarrhée a presque cessé.

Du 1er au 30 juillet l'amélioration continue en s'accentuant davantage. La température arrive à la normale. L'appétit revient.

Le 3 juillet le malade, impatient de rejoindre sa destination, sort de l'hôpital. Les jours suivants la température reste normale. La convalescence est rapide et le rétablissement complet. La maladie a duré environ dix-huit jours. M. G... ne s'en est jamais ressenti depuis.

Température du 20 juin au 3 juillet :

38 38.5 — 37.6 38.4 — 38 39.2 — 38 40 — 38.8 40 — 38.6 40 — 38.8 39.2 — 38.7 39.2 — 38.4 39.3 — 38 39 — 38.2 39 — 38 39.2 — 37.8 38.6 — 37.7 38.2 — 37 37.4.

Dans cette observation, nous assistons à l'évolution d'une récidive de la dothiénentérie, dont le diagnostic a été porté par plusieurs médecins, et ne nous paraît pas douteux. Ici, comme dans les deux autres cas que nous rapportons, la convalescence a été régulière et rapide, le rétablissement complet.

Dans le chapitre suivant, nous allons jeter un coup d'œil d'ensemble sur ces observations afin d'étudier la marche générale des récidives de la fièvre typhoïde et de signaler, s'il y a lieu, les différences que nous avons remarquées entre la première et la deuxième atteinte.

CHAPITRE III

Nous n'avons pas à parler beaucoup de la première atteinte de fièvre typhoïde qu'ont éprouvée les malades dont les observations sont rapportées plus haut. Si, en effet, le diagnostic nous a paru acceptable et suffisamment contrôlé, nous manquons néanmoins d'observations détaillées qui puissent nous éclairer d'une façon précise sur tous les points de cette première affection. Cependant, nous voyons tout d'abord que, chez nos malades aussi bien que chez ceux de M. Romiszowski, la première atteinte a presque toujours été grave, la convalescence longue et laissant plusieurs fois après elle le malade dans un état prononcé d'anémie.

Quant à l'intervalle qui sépare les deux affections, il ne nous paraît pas possible d'en donner une moyenne même approchée; les cas observés sont encore trop peu nombreux, et chez ceux que nous connaissons les écarts sont trop considérables pour pouvoir être rapprochés. C'est ainsi que, sur six observations, nous trouvons des intervalles de deux, trois, six, huit, neuf et trente et un ans. Il est donc nécessaire d'attendre le résultat de recherches plus nombreuses avant de se prononcer sur ce point.

L'étiologie des récidives de la fièvre typhoïde ne nous semble pas différente de celle de la première atteinte. Tous les malades observés se trouvaient dans des conditions physiques ou morales suffisantes, le plus souvent pour préparer un terrain favorable au développement de l'affection qui nous occupe. Il faut aussi compter avec l'arrivée et le séjour dans des lieux où l'affection typhoïde est endémique et où l'acclimatement n'est même pas toujours une cause absolue d'immunité.

C'est ainsi que nos deux malades qui ont contracté leur deuxième atteinte en Nouvelle-Calédonie étaient, l'un depuis deux ans, l'autre depuis trois ans dans cette colonie; et s'il est vrai que presque toujours ce sont les jeunes soldats et les nouveaux venus qui sont frappés, il arrive aussi que certains individus sont atteints après un séjour plus ou moins long qui aurait dû leur conférer le bénéfice de l'acclimatement. Nous en retrouverons quelques exemples dans la thèse de notre collègue et ami le docteur Pindray (Thèse. Bordeaux, 1887). Il en est de même pour les cas observés à Paris et ceux que l'on pourrait rencontrer dans tous les centres où chaque année amène une épidémie de fièvre typhoïde. Nous ferons toutefois une remarque sur notre observation III, celle de M. G... Les conditions dans lesquelles il se trouvait à bord de la *Romanche,* l'aménagement défectueux du bateau, des vivres de mauvaise qualité, l'encombrement, une navigation pénible, ont sans doute été la cause déterminante de la maladie. Mais M. G... n'était pas le seul à souffrir de tous ces inconvénients et si les quinze officiers, passagers comme lui, partageaient son sort, les cent matelots et soldats passagers étaient encore sans doute beaucoup plus mal sous tous les rapports. Comment expliquer alors que M. G... seul ait été atteint, et n'ait pas joui de l'immunité conférée dans la plus

grande majorité des cas par une première atteinte de la maladie ?

Ceci nous amène à parler de la pathogénie de cette affection, mais nous avouons qu'ici nous ne saurions être trop circonspect, étant donné le peu d'entente sur ce point dont la discussion est toujours ouverte.

M. le docteur Franckel (de Berlin), a fait des recherches importantes sur la question de la vitalité du bacille de la fièvre typhoïde, à l'occasion d'un malade chez lequel il observa deux rechutes de cette maladie, en même temps que se montra une tumeur empâtée avec fluctuation dans l'abdomen.

La ponction exploratrice de cette tumeur permit d'y trouver du pus, quelques globules et exclusivement des bacilles typhiques dont la culture fut nettement caractéristique. Il en conclut que le bacille de la fièvre typhoïde peut vivre assez longtemps dans l'organisme pour y déterminer des rechutes. Celles-ci sont rares, il est vrai, soit en raison de la destruction plus rapide du bacille dans les cas ordinaires, soit par suite d'atténuation.

M. le docteur Quinck (de Kiel), partage la manière de voir de M. de Franckel. Il a observé cliniquement plusieurs cas montrant que le bacille peut vivre très longtemps dans l'organisme ; aussi, les convalescents de cette maladie peuvent-ils devenir une source d'infection pour leur entourage, si leurs selles ne sont pas soumises à une désinfection aussi rigoureuse que celle des malades. (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 20 mai 1887.)

Cette théorie vise surtout les cas de rechutes de la dothiénentérie, c'est-à-dire une seconde évolution plus ou moins complète de la maladie pendant la convalescence ou les premiers mois qui la suivent. Mais pendant combien de temps

pourrait-on admettre la vitalité ou une sorte d'état latent du microbe introduit dans l'organisme, jusqu'à ce qu'une cause déterminante vienne lui donner de nouvelles forces et le mettre de nouveau en possession complète de cet organisme ? Ne serait-il pas plus simple, et en même temps plus juste, d'établir une analogie entre la fièvre typhoïde et les maladies virulentes dont une première atteinte confère en général l'immunité, au moins pendant tout le temps où l'organisme reste sous l'influence de l'agent infectieux, de quelque nature qu'il soit ? Il est admis, aujourd'hui, que le vaccin ne confère l'immunité de la variole que pendant une certaine période évaluée en moyenne à dix ans et que, passée cette période, le virus est détruit ou atténué au point qu'il ne saurait mettre à l'abri d'une seconde atteinte. N'a-t-on pas vu des cas de récidive de la syphilis, à un moment où la maladie semblait guérie, c'est-à-dire alors que le virus syphilitique avait perdu toute son action ? Il serait même intéressant de rechercher si ces récidives de la syphilis ne sont pas plus fréquentes aujourd'hui que cette maladie a revêtu un caractère de bénignité due en grande partie, il est vrai, à son traitement spécifique, mais aussi probablement à la grande atténuation de son principe virulent. Dans ces conditions, nous admettrions volontiers le même fait pour la dothiénentérie : un individu atteint une première fois conserverait l'immunité tant qu'il serait en puissance du virus typhique, mais cesserait d'être indemne à partir du moment où ce virus serait détruit ou considérablement atténué.

En examinant les différentes observations que nous avons rapportées, nous remarquons que la symptomatologie de ces récidives est sensiblement la même. Chez tous nos malades, en effet, le début est caractérisé par un malaise général qui dure quelques jours et s'accompagne de courbature et de

céphalalgie. La langue est saburrale, l'appétit nul, la soif est vive ; la constipation, opiniâtre au début, est suivie d'une diarrhée abondante qui survient soit spontanément, soit à la suite d'un purgatif. Le ventre est ballonné et peu douloureux. La stupeur est rare ou nulle, les malades se rendent parfaitement compte de ce qui se passe autour d'eux et répondent nettement aux questions qu'on leur pose. M. G... a pu ainsi prendre lui-même sa température pendant toute la durée de sa maladie et recueillir tous les détails de son observation.

On constate, seulement la nuit, des rêvasseries et quelquefois un peu de délire. Mais jamais les symptômes nerveux n'ont été bien marqués.

La température prise au moment où les malades ont été observés, c'est-à-dire plusieurs jours après le début de l'affection, atteint 39° ; elle s'élève jusqu'à 40° mais ne va pas au delà. La courbe thermique accuse des rémissions matinales de 1° environ ; elle affecte la forme ordinaire des courbes de la fièvre typhoïde légère.

La défervescence se fait graduellement, mais en peu de jours ; dans un cas elle a été brusque, rappelant celle que M. le professeur Jaccoud a désignée sous le nom de forme abortive de la fièvre typhoïde.

Les taches rosées lenticulaires sont constantes ; elles apparaissent du huitième au douzième jour et sont discrètes.

On n'a pas à noter de phénomènes particuliers du côté des appareils pulmonaire et circulatoire.

Les complications sont rares ; nous en avons constaté deux cas : dans le premier, c'est un abcès rétro-maxillaire qui s'est ouvert pour la seconde fois, mais avait déjà occasionné une fistule à la suite de la première atteinte. Le second cas est une complication du côté du foie chez le brigadier Deg... Mais nous savons combien les désordres de cet organe sont

fréquents dans les colonies, et il nous paraît fort possible qu'ici la dothiénentérie n'ait été qu'une cause déterminante de cette affection chez un sujet prédisposé. Du reste, ces complications n'ont pas eu de suites fâcheuses.

La durée de ces récidives a été de quinze à dix-huit jours pendant lesquels la maladie a suivi une marche cyclique presque toujours régulière.

La convalescence est rapide : elle ne dure pas plus d'un mois; le rétablissement est complet.

La terminaison est donc toujours favorable. Nous voyons, en effet, que tous nos malades se sont parfaitement rétablis, et tous les auteurs sont d'accord pour admettre la bénignité de ces récidives. Dernièrement encore M. Fernet faisait une communication à la Société Médicale des hôpitaux (séance du 13 mai 1887) au sujet d'une épidémie de fièvre typhoïde à Pierrefonds, épidémie qui frappa les huit membres d'une même famille avec une telle violence que quatre personnes succombèrent en quelques jours. Les quatre autres avaient eu jadis la fièvre typhoïde, et ne durent sans doute leur salut qu'à cette première atteinte.

A quelle influence faut-il attribuer la bénignité du pronostic? Ici encore nous avouons notre hésitation et notre embarras pour nous prononcer sur ce point. Nous avons admis que la dothiénentérie ne récidivait que sur un organisme dans lequel l'agent infectieux primitif avait perdu toute action. Pouvons-nous admettre maintenant que cet agent, en abandonnant cet organisme, le laisse dans un état particulier qui n'est plus l'immunité complète, mais qui rend le terrain moins favorable au développement de nouveaux germes?

Dans cet état, les lésions parcourent-elles une évolution complète? En un mot, comme le dit M. Romizowski, s'agit-il d'une maladie qui avorte, ou bien d'une maladie bénigne

mais complète? La réponse devrait être basée sur l'examen des lésions intestinales et jusqu'à présent nous ne possédons aucune autopsie.

Cependant le tableau clinique est bien celui d'une affection typhoïde à marche complète, et parfois les symptômes en sont même assez graves, quoique la terminaison se soit toujours montrée favorable.

D'un autre côté il ne serait pas étonnant que la récidive revêtit parfois la forme abortive, et l'un des cas rapportés plus haut nous a bien semblé appartenir à ce type. Néanmoins nous n'avons rien trouvé dans les auteurs qui puisse nous permettre de rien affirmer et nous laissons encore un point d'interrogation sur cette partie de la question qui nous semble trop délicate et qui demande des recherches faites par une main plus autorisée que la nôtre pour être définitivement tranchée.

CONCLUSIONS

1° Dans le but de simplifier la question et de favoriser les recherches, nous donnerons au mot récidive de la fièvre typhoïde le sens de seconde atteinte de la maladie après guérison complète de la première, plusieurs mois ou plusieurs années après la première atteinte.

2° Nous croyons que les récidives de la dothiénentérie après un long intervalle sont rares et que la première atteinte confère en général l'immunité. Mais il nous semble que le petit nombre de cas observés tient aussi en partie au défaut de recherches et à la difficulté de contrôler les renseignements fournis sur la première atteinte.

3° Les récidives sont caractérisées par une marche complète de la maladie, avec une convalescence assez courte. La guérison est la règle. Nous admettons aussi la possibilité des formes abortives telles que celles que l'on rencontre parfois en clinique.

Vu bon à imprimer :
Bordeaux, le 16 juin 1887.
Le Président de la Thèse,
Dr DE FLEURY.

Vu : *Le Doyen*,
Dr PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 juin 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARBRAU..... *Gazette des hôpitaux*, 1856.
CALIN..... *Maladies épidémiques.*
DIEULAFOY..... *Pathologie interne*, 1805.
GRIESINGER..... *Maladies infectieuses.*
GRISOLLE..... *Pathologie interne.*
GUÉNEAU DE MUSSY..... *Clinique médicale.*
HARDY ET BÉHIER..... *Pathologie interne.*
HUTINEL..... Thèse d'agrégation, 1883.
JACCOUD..... *Pathologie interne.*
LAVERAN ET TEISSIER..... *Pathologie et cliniques médicales*, 1883.
LOUIS..... *Traité de la fièvre typhoïde.*
MICHEL..... *Union médicale*, 1869.
MURCH'SON..... *De la fièvre typhoïde.* Traduct. 1878.
C. PAUL..... *Société médicale des hôpitaux*, 1869.
PERRIN..... Thèse, Paris 1877.
ROMISZOWSKI-DEVONCAUX.... Thèse Paris, 1878.
SIMON..... *Progrès médical* (février, 1881)

Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Session de Nancy. (*Progrès médical*, août 1886).

Société médicale des hôpitaux, mai 1887.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mai 1887.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD.